

LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX
DU SECTEUR OUEST D'ALGER :
BILAN DE LA REORGANISATION DE 1971

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 1974
par

A K R E T C H E R a b a h

né le 15 Mai 1945 à Dellys

M E M B R E S D U J U R Y :

MM. P. CHAULET, Professeur de Pneumophtisiologie	} Président
G. ILLOUL, Professeur de Gastro-Entérologie	} Juges
J. THOMAS, Maître de Conférences Agrégé de Médecine .	
L. MOKHTARI, Maître de Conférences Agrégé d'Hygiène - Hydrologie	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548212_0011

**LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX
DU SECTEUR OUEST D'ALGER :
BILAN DE LA REORGANISATION DE 1971**

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 12 Janvier 1974

par

A K R E T C H E R a b a h

né le 15 Mai 1945 à Dellys

M E M B R E S D U J U R Y :

MM. P. CHAULET, Professeur de Pneumophthysiologie { Président

G. ILLOUL, Professeur de Gastro-Entérologie
J. THOMAS, Maître de Conférences Agrégé de Médecine .
L. MOKHTARI, Maître de Conférences Agrégé d'Hygiène
- Hydrologie } *Juges*

LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX
DU SECTEUR OUEST D'ALGER :
Bilan de la reorganisation de 1971

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 Janvier 1975

Par



ARRETÉ PAR

le 12 Janvier 1975 à Alger

MEMBRES DU JURY :

M. P. CHAVAL, Professeur de Pathophysiologie

Président

G. HILALI, Professeur de Gastro-Entérologie
J. THOMAS, Maître de Conférences, Agrégé de Médecine
L. MORTAÏBI, Maître de Conférences, Agrégé d'Hygiène
- Hygiène

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A MON PERE ET A MA MERE,

A MES FRERES ET MA SOEUR,

En témoignage de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

En témoignage de ma sincère amitié.

--oooOooo--

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CHAULET

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY ;

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier
ce travail et d'en accepter la présidence.

En témoignage de notre respect et de notre vive
reconnaissance.

-oooOooo-

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ILLOUL,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. THOMAS,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ L. MOKHTARI :

Nous rendons hommage à votre enseignement qui a assuré notre formation à l'université et à l'hôpital.

Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre gratitude.

-oooOooo-

A MADAME LE DOCTEUR N. MIT KHAILED :

Vous nous avez toujours accueilli et aidé avec bienveillance
au cours de l'élaboration de cette thèse sans ménager ni vos conseils
ni votre temps.

En gage de ma profonde reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DES DISPENSAIRES
DE MUSTAPHA, DE BAB-EL-OUED, ET DE LA CASBAH :

Avec mes remerciements pour l'aide qu'il m'a apporté au cours
de ce travail.

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITE ET DES HOPITAUX :

En témoignage de ma sincère gratitude.

Depuis une dizaine d'années, partout dans le monde, une grande mutation s'est effectuée dans la lutte anti-tuberculeuse.

Dans les pays en voie de développement, la tuberculose demeure encore un problème majeur de Santé Publique. Les anciennes méthodes de lutte anti-tuberculeuse inspirées d'un modèle classique d'Europe Occidentale ne répondaient pas à la réalité épidémiologique et économique de ces pays. Ils devaient donc trouver des solutions adaptées à leur propre situation. Ainsi chaque pays allait élaborer sa stratégie de lutte anti-tuberculeuse en fonction de ses moyens et de l'importance du problème de la tuberculose.

En 1964, le comité des experts de l'OMS, dans son 8ème rapport, estime que " les moyens dont on dispose actuellement pour prévenir et traiter la tuberculose permettent d'organiser et de mener à bonne fin une action anti-tuberculeuse efficace dans presque toutes les conditions épidémiologiques et socioéconomiques. Les échecs résultent de trois causes principales : hiérarchie défectueuse des urgences, défaut de planification, de coordination et d'évaluation à l'échelle nationale et résistance des conceptions traditionnelles aux révisions exigées par les acquisitions nouvelles de la science ".

En Algérie, les recommandations formulées en 1966 par la Commission nationale consultative de phthisiologie constituent la première ébauche de la réorganisation qui s'est effectuée ces dernières années dans le domaine de la lutte anti-tuberculeuse. Ces directives ont été inégalement respectées et les études faites ultérieurement dans différentes régions du pays ont montré qu'il ne suffit pas de faire des recommandations, mais qu'il faut organiser véritablement la lutte anti-tuberculeuse partout dans le pays.

Depuis 1971, de nouvelles mesures organisationnelles ont été adoptées dans la région d'Alger. Elles ont permis de définir et de rendre effective une sectorisation géographique et opérationnelle de la lutte anti-tuberculeuse. Cette sectorisation implique à la fois une décentralisation du travail, une centralisation du contrôle, une coordination permanente entre les diverses structures de Santé Publique et surtout, une reconversion des mentalités. Ces différentes mesures ont permis une réactivation des dispensaires anti-tuberculeux de la ville d'Alger notamment.

Le but de notre travail est de montrer l'influence de ces mesures organisationnelles sur l'amélioration de l'efficacité des dispensaires anti-tuberculeux par une étude comparative des bilans de fonctionnement de trois dispensaires spécialisés de la ville d'Alger, en 1969-70 et en 1972, avant et après la réorganisation.

Au cours de notre étude nous exposerons successivement :

- Dans un premier chapitre : les dispensaires anti-tuberculeux du Secteur Ouest de la ville d'Alger, leur fonctionnement avant la réactivation.

- Dans un deuxième chapitre : la comparaison des bilans des activités de dépistage et thérapeutique des trois dispensaires au cours de trois années : 1969-1970-1972.

- Dans un troisième chapitre : les conclusions et applications pratiques que l'on peut tirer de cette étude.

=O= P R E M I E R C H A P I T R E =O=

LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX DU SECTEUR OUEST DE LA VILLE D'ALGER :

A - Le fonctionnement des dispensaires anti-tuberculeux avant leur réorganisation.

B - La sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse.

A - LE FONCTIONNEMENT DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX AVANT LEUR REORGANISATION.

Pour la plupart, jusqu'en 1969, les dispensaires anti-tuberculeux d'Alger avaient une activité plus tournée vers le passé que vers l'avenir. Destinés, à trier et orienter les malades plus qu'à les prendre en charge, ils se trouvaient souvent matériellement inadaptés à de nouvelles fonctions. Ils se contentaient de diriger les malades vers les établissements hospitaliers et d'organiser la prévention de l'entourage. (16)

Une enquête menée en 1967 pour l'ensemble des dispensaires anti-tuberculeux avait fait apparaître une série d'obstacles au fonctionnement correct de ces dispensaires :

- L'inadaptation des locaux qui ne permettaient qu'un rythme de travail limité.

- La non utilisation de l'examen microscopique direct pour le diagnostic et la surveillance des traitements.

- La limitation de l'encadrement paramédical et médical : Les médecins responsables de ces dispensaires exerçaient au titre de la coopération et avaient le plus souvent une conception traditionnelle et sanatoriale de la lutte anti-tuberculeuse.

- L'absence de la standardisation des méthodes de travail : L'emploi du temps n'était pas uniforme, les fiches, les registres, les rapports utilisés variaient d'un dispensaire à l'autre. Les méthodes de diagnostic et de traitement variaient d'un médecin à l'autre malgré les recommandations proposées en 1966 à l'échelle nationale.

Diverses enquêtes effectuées de 1966 à 1970 (7,23) ont mis l'accent sur l'absence de coordination des dispensaires anti-tuberculeux avec les autres structures de Santé Publique :

- Il n'existait aucune relation entre les médecins des dispensaires, les médecins hospitaliers et les médecins privés qui dépistaient et traitaient les malades tuberculeux.

- Les malades dépistés par un dispensaire et adressés à un service hospitalier étaient souvent perdus de vue avant d'arriver à l'hôpital pour des raisons sociales, économiques ou administratives diverses.

- Les malades sortant de l'hôpital étaient perdus de vue avant même le début du traitement ambulatoire soit parcequ'ils ne revenaient pas au dispensaire, soit parcequ'ils s'adressaient à un centre de soins ou à un médecin de leur choix.

D'autre part, jusqu'en 1969, la législation anti-tuberculeuse en Algérie était l'héritage des lois qui régissaient la lutte anti-tuberculeuse en France.

Parmi les 7 dispensaires anti-tuberculeux d'Alger, le dispensaire de Mustapha occupait une place à part en raison de son rattachement direct à la clinique de Pneumophtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Alger. Situé dans l'enceinte du CHU, il jouissait du statut de consultation externe de l'hôpital Mustapha. Il était dirigé par une équipe médicale universitaire homogène, ce qui a permis l'harmonisation des méthodes de travail. De plus sa situation centrale dans la ville, sa proximité de l'hôpital, lui assuraient un recrutement large dépassant souvent les limites du secteur d'Alger Centre. L'ensemble de ces conditions a permis à ce dispensaire, depuis 1971 de s'adapter plus rapidement à des normes de fonctionnement modernes et de jouer un rôle de centre pilote de lutte anti-tuberculeuse à Alger.

B - LA SECTORISATION GEOGRAPHIQUE DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE A ALGER.

I - LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE ETUDIE.

Depuis 1971, une sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse a été définie dans la région d'Alger.

Elle permet de distinguer deux secteurs : un secteur Ouest et un secteur Est, tous deux dépendant du service de Pneumophtisiologie de l'hôpital Issad-Hassani de Beni-Messous.

Ce service est divisé en deux cliniques : la Clinique de Pneumo-Phtisiologie " A " (CPPA) contrôle la zone Ouest, la Clinique de Pneumo-Phtisiologie " B " (CPPB) contrôle la zone Est.

Le secteur Ouest que nous étudions comporte, d'une part une zone urbaine faite par la moitié Ouest de la ville d'Alger et d'autre part, une zone rurale formée par les communes de la daïra de Chéraga (sauf la commune de Douéra).

II - LES STRUCTURES SANITAIRES.

Ce secteur est desservi par trois dispensaires anti-tuberculeux spécialisés de la capitale et qui font l'objet de notre étude.

- 1° - Le dispensaire de Bab-El-Oued (21, Rue Lazerges) situé dans le 1er arrondissement, dessert les quartiers de Bab-El-Oued, Bologhine El-Biar et les communes rattachées de la daïra de Chéraga.
- 2° - Le dispensaire de la Casbah (4, Boulevard Haddad Abderrezak, ex-bd de Verdun) situé dans le 2ème arrondissement, dessert le quartier de la Casbah.
- 3° - Le dispensaire de Mustapha (Place Curie) situé dans le 4ème arrondissement, dessert le quartier d'Alger Centre et une partie des quartiers de Mustapha et de Birmandreis (l'autre partie étant desservie par les dispensaires du secteur Est d'Alger).

Ces dispensaires assurent la prévention de la tuberculose par la vaccination B.C.G, le dépistage de la tuberculose, le traitement ambulatoire des tuberculeux et la surveillance clinique, bactériologique et radiologique des malades en traitement.

A ces dispensaires spécialisés sont rattachés 19 centres de santé polyvalents qui assurent des consultations médico-sociales, des soins et des vaccinations. Ces centres de santé ne disposent ni d'appareils de radioscopie, ni de microscopie.

Notons qu'il n'y avait aucune relation organisée entre ces différentes structures avant la sectorisation de 1971-1972.

III - LA POPULATION DU SECTEUR.

Le secteur de lutte anti-tuberculeuse dépendant de ces structures sanitaires compte une population de 700.000 habitants environ dont 590.000 soit 84 % dans huit arrondissements de la ville d'Alger et 110.000 soit 16 % dans les communes sururbaines et rurales.

- TABLEAU 1 - Sectorisation sanitaire de la partie Ouest de la ville d'Alger.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	QUARTIERS DESSERVIS	POPULATION 1972 #	CENTRES DE SANTE DE LA VILLE D'ALGER
MUSTAPHA	Alger-Centre 03	223.057	1
	Mustapha 04		
	Birmandreïs 12		
BAB-EL-OUED	Bab-El-Oued 01	261.583	7
	Bologhine 06		
	El-Biar 07		
	Bouzaréah 11		
CASBAH	Casbah 02	106.243	3
TOTAL.....		590.883	11

- TABLEAU 2 - Communes de la daïra de Chéraga rattachées aux dispensaires anti-tuberculeux d'Alger ville.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	COMMUNES RATTACHEES	POPULATION 1972	CENTRE DE SANTE DE LA ZONE RURALE
RAB-EL-OUED	Aïn-Benian Staoueli Zéralda Chéraga Mahelma	72.911	5
MUSTAPHA	Saoula Birkadem Draria	38.896	3
TOTAL.....		111.807	8

⌘ Les chiffres de population donnés en 1972 sont établis à partir du " recensement général de la population et de l'habitat 1966 ", en adoptant un taux d'accroissement naturel moyen de 32,1 o/oo en 1970. Tableaux de l'économie Algérienne en 1971. Direction des statistiques. (6)

⌘ Les chiffres donnés pour les quartiers de Mustapha et de Birmandreis représentent la population du secteur Ouest de ces quartiers en considérant qu'ils ont été partagés approximativement entre les deux secteurs de pneumophtisiologie.

SECTEUR OUEST DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

● Dispensaire Anti-Tuberculeux

○ Centre de Santé

--- Limite de Sectorisation de la L.A.T.

— Limite du Grand-Alger

--- Limite de Daïra

01. Arrondissements

ECHELLE : 1/133.333

0 2 4 km



-O- D E U X I E M E C H A P I T R E -O-

ETUDE COMPARATIVE DES BILANS DE FONCTIONNEMENT DES
DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX DU SECTEUR OUEST :

A - Les bilans de fonctionnement en 1969 - 1970.

B - Les bilans de fonctionnement en 1972.

C - Comparaison globale et par dispensaire des bilans 1970 - 1972.

- A -

LES BILANS DE FONCTIONNEMENT EN 1969 - 1970.

METHODE DE TRAVAIL.

Deux enquêtes menées au cours des années 1969 et 1970 ont permis de dresser les bilans des activités diagnostic et thérapeutique des trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest de la ville d'Alger.

Nous allons exposer dans ce chapitre les résultats de l'activité thérapeutique de chacun des dispensaires, comparativement entre les deux années; (les résultats de l'activité diagnostic ne sont pas disponibles pour l'année 1969).

Au cours de cette étude comparative nous avons essayé de répondre à trois questions :

- A quels malades s'applique la chimiothérapie antibacillaire ?
- Quelle est la chimiothérapie appliquée ?
- Quel est le lieu du traitement ?

Les réponses à ces questions permettront dans une certaine mesure de préciser la qualité de l'organisation des trois dispensaires spécialisés étudiés et leur efficacité dans le traitement des tuberculeux.

I - A QUELS MALADES S'APPLIQUE LA CHIMIOTHERAPIE ANTIBACILLAIRE ?

1°- Répartition des malades traités selon la localisation de la tuberculose :

Sur l'ensemble des tuberculoses traitées dans les trois dispensaires anti-tuberculeux au cours des années 1969 et 1970, la proportion des tuberculoses pulmonaires dépasse à peine la moitié (1221 soit 57%).

- TABLEAU 3 - Répartition des cas de tuberculose en traitement selon la localisation.

ANNEES	TUBERCULOSE PULMONAIRE		PRIMO-INFECTION		TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1969	548	64	175	20	139	16
1970	673	53	154	12	434	35
TOTAL	1221	57	329	15	573	28

Lorsqu'on étudie, dans les différents dispensaires, la répartition de tous les malades recevant une chimiothérapie antibacillaire selon le diagnostic, on constate qu'en 1969 plus de 50 % des malades en traitement au dispensaire de Bab-El-Oued sont non bacillifères. Dans ce dispensaire on traite plus de primo-infections que de cas bacillifères. De même un taux de 26 % de primo-infections parmi les tuberculoses en traitement au dispensaire de la Casbah est anormalement élevé. Cette discordance entre le nombre de primo-infections et le nombre de sources d'infection résulte certainement d'un diagnostic abusif d'une partie de ces primo-infections, "diagnostic basé le plus souvent sur une interprétation radiologique erronée."

- TABLEAU 4 - Répartition des tuberculoses en traitement selon le diagnostic en 1969.

EN 1969	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
TUBERCULOSES PULMONAIRES	314	74	86	47	148	58	548	64
PRIMO-INFECTIONS	19	5	89	48	67	26	175	20
TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES	92	21	9	5	38	16	139	16
TOTAL	425	100	184	100	253	100	862	100

En 1970, si au dispensaire de la Casbah on ne note pas de changement par rapport à l'année précédente, dans les deux autres dispensaires, on traite de plus en plus de tuberculoses extra-pulmonaires dont le nombre atteint 349 soit 44 % à Mustapha contre 92 soit 21 % en 1969.

Par contre le nombre de primo-infections a été en régression notamment au dispensaire de Bab-El-Oued.

Cette diminution résulte probablement d'une amélioration des conditions de diagnostic. Une lecture plus exigeante de radiographie a permis d'éliminer nombre de " hilos chargés " qui n'étaient certainement pas des primo-infections.

- TABLEAU 5 - Répartition des tuberculoses en traitement selon le diagnostic en 1970.

EN 1970	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
TUBERCULOSES PULMONAIRES	419	53	105	47	149	59	673	54
PRIMO-INFECTIONS	19	3	74	33	61	25	154	12
TUBERCULOSES EXTRA-PULMONAIRES	349	44	45	20	40	16	434	34
TOTAL	787	100	224	100	250	100	1221	100

2°- Preuve bactériologique de la tuberculose pulmonaire :

Parmi les tuberculoses pulmonaires en traitement dans les trois dispensaires, la preuve bactériologique est apportée dans 65 % des cas en 1969 et dans 75 % des cas en 1970.

- TABIEAU 6 - Preuve bactériologique de la tuberculose pulmonaire.

ANNEE	TUBERCULOSE PULMONAIRE BK+		TUBERCULOSE PULMONAIRE BK o	
	Nombre	%	Nombre	%
1969	356	65	192	35
1970	505	75	168	25

Ces résultats d'ensemble paraissent satisfaisants, mais une analyse plus détaillée nous permettra de constater que deux dispensaires sur trois consacraient plus de temps aux malades non bacillifères qu'aux malades bacillifères.

En effet, en 1969, si au dispensaire de Mustapha le nombre de tuberculoses pulmonaires prouvées bactériologiquement représente 91 % des cas et est resté stationnaire au cours des années suivantes, les dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah traitent plus de tuberculoses pulmonaires non confirmées que de cas prouvés bactériologiquement.

- TABLEAU 7 - Preuve bactériologique de la tuberculose pulmonaire en 1969.

TUBERCULOSE PULMONAIRE	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
B K +	286	91	40	46	30	20
B K 0	28	9	46	54	118	80
TOTAL	314	100	86	100	148	100

En 1970 une légère amélioration a été apportée dans le diagnostic bactériologique de la tuberculose puisque le taux de tuberculoses pulmonaires confirmées est passé de 46 % à 50 % à Bab-El-Oued et de 20 % à 45 % à la Casbah.

- TABLEAU 8 - Preuve bactériologique de la tuberculose pulmonaire en 1970.

TUBERCULOSE PULMONAIRE	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
B K +	386	92	52	50	67	45
B K 0	33	8	53	50	82	55
TOTAL	419	100	105	100	149	100

Ces résultats sont loin d'être satisfaisants, lorsqu'on sait que le diagnostic de certitude de la tuberculose pulmonaire peut être obtenu dans 100 % des cas.

II - QUELS SONT LES REGIMES DE CHIMIOTHERAPIE APPLIQUES ?

Au cours des années 1969 et 1970, le dispensaire de Mustapha a pris en charge pour leur traitement ambulatoire beaucoup plus de malades que les dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah ensemble.

Dans ces deux dispensaires, l'étude des régimes thérapeutiques appliqués fait apparaître que le schéma thérapeutique standard codifié et diffusé à l'échelle nationale en 1966 n'a pas été respecté.

En effet en 1969, 24 % des malades en traitement au dispensaire de la Casbah ont reçu des régimes autres que ceux prévus par les recommandations.

- TABLEAU 9 - Régimes de chimiothérapie appliqués en 1969.

REGIMES		MUSTAPHA		BAB-EL-OUED [≠]		CASBAH	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Première	1ère Année	191	45	(156)	85	134	53
Ligne	2ème Année	136	32	(28)	15	58	23
Régime de Réserve ^{≠≠}		98	23	-	-	-	-
Autres Régimes		-	-	-	-	61	24
TOTAL		425	100	(184)	100	253	100

[≠] Les pourcentages ont été calculés à partir des chiffres partiels.

^{≠≠} Les régimes de réserve n'étaient servis qu'au dispensaire de Mustapha..

En 1970, 4 % des malades en traitement au dispensaire de la Casbah et 7 % au dispensaire de Bab-El-Oued ont reçu une chimiothérapie "anarchique."

- TABLEAU 10 - Les régimes thérapeutiques appliqués en 1970.

REGIMES		MUSTAPHA		BAB-EL-OUED ^{II}		CASBAH ^{II}	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Première	1ère Année	313	39	(157)	70	(150)	60
Ligne	2ème Année	353	46	(51)	23	(90)	36
Régime de Réserve		121	15	-	-	-	-
Autres Régimes		-	-	(16)	7	(10)	4
TOTAL		787	100	(224)	100	(250)	100

III - QUEL EST LE LIEU DU TRAITEMENT ?

En 1969 et 1970, plus de 95 % des malades étaient traités au dispensaire anti-tuberculeux même. Très peu étaient confiés pour leur traitement ambulatoire aux centres de santé.

- TABLEAU 11 - Le lieu du traitement.

LIEU DU TRAITEMENT	1969		1970	
Dispensaire anti-tuberculeux	836	97 %	1255	99,5 %
Centre de santé	26	3 %	6	0,5 %

Ainsi l'analyse des résultats de l'activité thérapeutique des dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest de la ville d'Alger avant 1971, nous a permis de constater les faits suivants :

1° - Au dispensaire de Mustapha qui a toujours fonctionné comme centre pilote de lutte anti-tuberculeuse, les résultats sont stationnaires comparativement en 1969 et 1970 sauf pour les tuberculoses extra-pulmonaires dont un grand nombre provient des services hospitaliers de la capitale.

2° - Dans les dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah,

- la chimiothérapie antibacillaire s'applique dans près de 50 % des cas à des primo-infections et des tuberculoses extra-pulmonaires. Parmi les tuberculoses pulmonaires en traitement, plus de 50 % sont des cas non bacillifères.

- environ 14 % des malades en traitement en 1969 et 5 % en 1970 ont reçu des régimes thérapeutiques " anarchiques " c'est-à-dire autres que ceux prévus par les recommandations de 1966.

- très peu de malades sont confiés aux centres de santé non spécialisés pour leur traitement ambulatoire.

Une conclusion générale se dégage de cette étude comparative des bilans de fonctionnement des dispensaires anti-tuberculeux en 1969 - 1970 : Si en 1969 les méthodes standards de diagnostic et de traitement diffusées à l'échelle nationale étaient inégalement appliquées dans les dispensaires d'Alger, l'enquête prospective a permis en 1970 une légère amélioration de l'efficacité des dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah.

- B -

LES BILANS DE FONCTIONNEMENT EN 1972

Pour l'année 1972, nous disposons d'un bilan plus complet des activités de dépistage et thérapeutique des trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest.

I - ACTIVITE DE DEPISTAGE.

1°- Le rendement du dépistage :

15.144 consultants ont été accueillis par les trois dispensaires au cours de l'année 1972, la moitié environ (7299 consultants) sont venus pour des symptômes, l'autre moitié (7845 consultants), pour un dépistage systématique.

Un " filtre " radiologique a permis de sélectionner les malades ayant des images suspectes et chez lesquels des examens bactériologiques ont été pratiqués.

Les cas de tuberculose pulmonaire ont été retrouvés presque exclusivement dans le groupe des sujets ayant consulté pour des symptômes fonctionnels respiratoires.

- TABLEAU 12 - Bilan de l'activité de dépistage en 1972.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	DEPISTAGE SYMPTOMATIQUE		DEPISTAGE SYSTEMATIQUE	
	Nb.Consultants	Nb. de Cas	Nb.Consultants	Nb. de Cas
MUSTAPHA	2249	167 : 7,4 %	5086	- -
BAB-EL-OUED	4426	139 : 3,1 %	2384	3 : 0,1 %
CASBAH	624	48 : 7,8 %	375	- -
TOTAL	7299	354 : 5 %	7845	3 : 0,04 %

Ce bilan de l'activité de dépistage démontre le très faible rendement du dépistage systématique et confirme les résultats obtenus au cours des enquêtes faites antérieurement en Algérie.

- TABIEAU 13 - Le rendement du dépistage.

ENQUETES	DEPISTAGE SYMPTOMATIQUE		DEPISTAGE SYSTEMATIQUE	
	Nb.Consultants	Nb de Cas	Nb.Consultants	Nb de Cas
DAT Mustapha ABDERRAHIM 1966-67	3309	7,3 %	6244	0,02 %
Ouest Oranais STAHLE 1970	--	--	13.140	0,08 %
DAT Mustapha et B-E-O EL ASSAD 1971-1972	2326	5 %	2736	0,25 %
Sect.Sanitaire Koléa EL-AWADI 1972	200	7 %	--	--

Le dépistage doit donc s'adresser en priorité aux malades qui ont des symptômes respiratoires et qui consultent.

2°- Preuve bactériologique des cas de tuberculose dépistés.

Le nombre de malades considérés comme tuberculeux comporte non seulement des tuberculoses pulmonaires bactériologiquement confirmées, mais aussi les cas très suspects.

Les malades présentant des symptômes respiratoires et des images radiologiques très suspectes de tuberculose pulmonaire, mais chez lesquels le bacille de Koch ne pouvait être recherché d'urgence (malade ayant une hémoptysie de grande abondance, femme ne sachant pas cracher), ont été considérés comme atteints de tuberculose pulmonaire.

La déclaration de la tuberculose a été donc faite chaque fois qu'il y avait découverte du BK à l'examen bactériologique ou une forte suspicion entraînant soit la mise en traitement anti-tuberculeux de ces malades, soit l'hospitalisation avec nouvelles recherches de BK.

Le tableau suivant montre que dans l'ensemble la tuberculose pulmonaire est prouvée bactériologiquement dans 84 % des cas au dispensaire anti-tuberculeux.

Le dispensaire anti-tuberculeux assure donc pleinement son rôle de dépister les " cas " de tuberculose pulmonaire.

- TABLEAU 14 - Preuve bactériologique de la tuberculose.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	TUBERCULOSE PULMONAIRE BK +		TUBERCULOSE PULMONAIRE BK o		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
MUSTAPHA	140	84	27	16	167
BAB-EL-OUED	141	99	1	1	142
CASBAH	20	42	28	58	48
TOTAL	301	84	56	16	357

La divergence des pourcentages de BK + obtenus dans les trois dispensaires résulte d'un " défaut de déclaration ". Au dispensaire de Bab-El-Oued n'ont été déclarés que les cas de tuberculose confirmés, ce qui donne un taux de 99 % de tuberculose pulmonaire BK +. Dans les deux autres dispensaires ont été déclarés non seulement les cas confirmés, mais aussi les cas présumés tuberculeux.

On s'accorde maintenant à déclarer :

1°- Les cas dépistés et prouvés (BK +) au dispensaire.

2°- Les cas présumés tuberculeux (BK o).

Ceux ci sont hospitalisés pour investigations supplémentaires.

Les tuberculoses venant des services de chirurgie, de pédiatrie, de médecine et de gynécologie seront déclarées au moment de la prise en charge pour le traitement.

3°- Diagnostic bactériologique des cas de tuberculose.

Dans les trois dispensaires, 301 tuberculoses pulmonaires ont été diagnostiquées dont 90 % par l'examen direct et 10 % par la culture.

- TABLEAU 15 - Diagnostic bactériologique de la tuberculose.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE PROUVES		TOTAL
	Examen direct	Culture	
MUSTAPHA	130 : 92 %	10 : 8 %	140
BAB-EL-OUED	119 : 83 %	22 : 17 %	141
CASBAH	19 : 95 %	1 : 5 %	20
TOTAL	268 : 89 %	33 : 11 %	301

Ces résultats démontrent que le dépistage des tuberculeux bacillifères est possible dans 90 % des cas par la seule pratique de l'examen direct chez des sujets venus consulter pour des symptômes respiratoires et présentant une image radiologique suspecte.

Ainsi le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est possible partout en Algérie, même dans les secteurs de santé publique peu équipés à condition de disposer d'un microscope et d'un microscopiste.

4°- Proportion des malades jamais traités parmi les cas dépistés.

Parmi les cas de tuberculose pulmonaire dépistés, la majorité soit 75 % sont des cas nouveaux, jamais traités.

- TABLEAU 16 - Proportion des malades jamais traités parmi les cas de tuberculose pulmonaire dépistés.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	MALADES JAMAIS TRAITES		MALADES DEJA TRAITES		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
MUSTAPHA	130	77	37	23	167
BAB-EL-OUED	103	73	39	27	142
CASBAH	35	73	13	27	48
TOTAL	268	75	89	25	357

Ce taux élevé de cas jamais traités reflète, d'une part, la confiance que les malades accordent aux dispensaires anti-tuberculeux, puisqu'ils y consultent dès les premiers symptômes, d'autre part, l'impact de ces dispensaires sur les sources d'infection qui alimentent le réservoir de germes.

5°- Répartition des tuberculoses dépistées selon la localisation.

Lorsqu'on étudie la répartition, selon le diagnostic, de tous les cas de tuberculose dépistés, on constate que :

- la tuberculose pulmonaire représente la plus grande partie des tuberculoses dépistées (357 soit 74 %).

- les dispensaires anti-tuberculeux s'occupent de plus en plus des tuberculoses extra-pulmonaires (101 soit 20 %).

- il y a encore beaucoup de primo-infections patentes au dispensaire de Bab-El-Oued : 10 % en 1972 contre 33 % en 1970 et 48 % en 1969. Ce taux de 10 % est cependant compatible avec le nombre de sources d'infection : 142 tuberculoses pulmonaires soit 69 %

- TABLEAU 17 - Répartition des tuberculoses dépistées selon la localisation.

DIAGNOSTIC	MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL	
TUBERCULOSE PULMONAIRE	167	142	48	357	74 %
PRIMO-INFECTION	4	20	3	27	6 %
TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE	50	44	7	101	20 %
TOTAL	221	206	58	485	100 %

6°- Origine géographique des cas dépistés.

L'organisation de la sectorisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la région d'Alger a été relativement efficace puisque 77 % des malades dépistés sont venus de la ville d'Alger, 14 % des communes voisines de la Wilaya d'Alger et 9 % seulement des autres Wilayates.

- TABLEAU 18 - Origine géographique des cas dépistés.

SECTEURS	MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL	
VILLE D'ALGER Secteur OUEST Secteur EST	110 27 *	94	44 1	276	77 %
Wilaya d'Alger	8	39	3	50	14 %
Autres Wilayates	22 *	9	0	31	9 %
TOTAL	167	142	48	357	100 %

* En ce qui concerne le dispensaire de Mustapha, sa situation dans la zone frontrière entre les secteurs Est et Ouest, sa proximité de l'hôpital universitaire, font qu'un nombre relativement élevé des malades dépistés viennent du secteur Est et d'autres Wilayates.

II - ACTIVITE THERAPEUTIQUE.

1° - Répartition des malades en traitement selon le diagnostic.

Au cours de l'année 1972, 1362 malades ont été pris en charge pour leur traitement ambulatoire dans les trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur : 70 % des malades avaient une tuberculose pulmonaire, 5 % étaient traités pour primo-infection et 25 % pour une tuberculose extra-pulmonaire.

- TABLEAU 19 - Répartition des malades en traitement selon le diagnostic.

DIAGNOSTIC	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
TUBERCULOSE PULMONAIRE	231	73	612	71	120	64	963	70
PRIMO- INFECTION	4	2	50	6	18	10	72	5
TUBERCULOSE EXTRA- PULMONAIRE	80	25	197	25	50	26	327	25
TOTAL	315	100	859	100	188	100	1362	100

Ce tableau permet de constater que les proportions de chacune des localisations tuberculeuses tendent à s'uniformiser dans les trois dispensaires.

2°- Preuve bactériologique de la tuberculose en traitement :

Dans le groupe des tuberculoses pulmonaires, le diagnostic bactériologique a été apporté dans 92 % des cas. Ainsi la chimiothérapie antibacillaire s'appliquait dans l'immense majorité des cas aux malades bacillifères qui représentent la principale source de contamination.

- TABLEAU 20 - Preuve bactériologique de la tuberculose en traitement.

TUBERCULOSE PULMONAIRE	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
BK +	216	93	568	93	103	86	887	92
BK o	15	7	44	7	17	14	76	8
TOTAL	231	100	612	100	120	100	963	100

3°- Les régimes de chimiothérapie appliqués .

A la fin de l'année 1972, 1362 malades suivaient un traitement ambulatoire contrôlé dans les trois dispensaires du secteur.

91 % de ces malades recevaient une chimiothérapie de première ligne basée sur : Rimifon, Streptomycine, PAS. Le reste, soit 9 %, une chimiothérapie de réserve (régime de deuxième ligne : Ethionamide, Cyclosérine, Pyrazinamide et de troisième ligne : Rifampicine, Ethambutol).

- TABLEAU 21 - Les régimes thérapeutiques employés.

REGIMES		MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL	
Première	1ère Année	150	441	89	680	50
Ligne	2ème Année	114	358	88	560	41
Régime	1ère Année	16	32	9	57	9
de	2ème Année	25	13	2	40	
Réserve	RE	10	15	-	25	
TOTAL		315	859	188	1362	100

RE = Rifampicine - Ethambutol.

4°- Le lieu du traitement.

Le traitement ambulatoire a lieu dans 80 % des cas au dispensaire anti-tuberculeux même, dans 18 % des cas dans un centre de santé rattaché et dans 2 % des cas, les malades ont été transférés dans d'autres secteurs d'Algérie.

- TABLEAU 22 - Le lieu du traitement.

LIEU DU TRAITEMENT	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
DISPENSARE ANTI-TUBERCULEUX	296	94	600	69	168	90	1064	80
CENTRE DE SANTE	-	-	244	30	5	2	249	18
TRANSFERT	19	6	15	1	15	8	49	2
TOTAL	315	100	859	100	188	100	1362	100

Ce tableau montre, qu'au niveau du secteur de Bab-El-Oued, 30 % des malades en traitement sont confiés aux centres de santé rattachés de la ville et de la zone rurale. Cette décentralisation justifie la création d'un centre de contrôle de lutte anti-tuberculeuse au niveau de la daïra de Chéraga.

5°- Origine des malades en traitement.

Le tableau suivant montre que 29 % des malades en traitement dans les dispensaires du secteur Ouest proviennent d'un autre secteur.

- TABLEAU 23 - Origine des malades en traitement.

ORIGINE	MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL	
Clinique A	222	648	105	975	71 %
Clinique B	64	27	9	100	
Autres Hôpitaux	2	147	38	187	29 %
Autres Dispensaires	27	37	36	100	
TOTAL	315	859	188	1362	100 %

L'analyse des résultats du bilan de fonctionnement des dispensaires du secteur Ouest en 1972 nous a permis de constater que :

1°- L'activité de dépistage est satisfaisante :

84 % des tuberculoses pulmonaires sont confirmées bactériologiquement au dispensaire.

75 % des cas de tuberculose pulmonaire dépistés sont des cas nouveaux, jamais traités.

2°- Dans l'activité thérapeutique,

- La chimiothérapie antibacillaire s'appliquait dans 70 % des cas à des tuberculoses pulmonaires. Celles-ci sont confirmées bactériologiquement dans 92 % des cas.

- Parmi les malades en traitement au dispensaire, 90 % des cas reçoivent une chimiothérapie de première ligne.

- Les dispensaires anti-tuberculeux confient de plus en plus de malades aux centres de soins non spécialisés pour leur traitement ambulatoire.

3°- Les rendements des activités des trois dispensaires tendent à s'équilibrer.

Ainsi les méthodes de travail, définies et appliquées au dispensaire de Mustapha depuis 1967, donnent les mêmes résultats lorsqu'on les applique dans d'autres dispensaires.

- C -

COMPARAISON GLOBALE ET PAR DISPENSAIRE DES BILANS

DE FONCTIONNEMENT 1970-1972.

I - ACTIVITE DE DEPISTAGE.

1°- Le rendement du dépistage.

En 1970, les chiffres disponibles ne concernent que le bilan de l'activité de dépistage au cours d'un semestre. Si l'on peut supposer que les chiffres peuvent être multipliés par deux pour une année, on s'aperçoit qu'en 1972, grâce à la réactivation des dispensaires, le nombre de tuberculoses dépistées a doublé. Le nombre de cas dépistés a été multiplié par trois au dispensaire de la Casbah et par huit au dispensaire de Bab-El-Oued. Ainsi le rendement du dépistage est incomparablement plus élevé en 1972 qu'en 1970.

- TABLEAU 24 - Le rendement du dépistage.

ANNEE	MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL
1970 (1 Semestre)	63	9	8	80
1972 (1 Année)	167	142	48	357

2°- Proportion de malades jamais traités parmi les cas dépistés.

Lorsqu'on étudie, parmi les tuberculeux dépistés, la proportion des cas jamais traités, on constate qu'en 1970, aux dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah, plus de 60 % des cas sont des malades déjà traités.

Ce nombre élevé de malades déjà traités parmi les cas dépistés montre que les malades ne s'adressaient à ces dispensaires mal organisés qu'en désespoir de cause après avoir été traités de façon plus ou moins correcte dans différents cabinets médicaux.

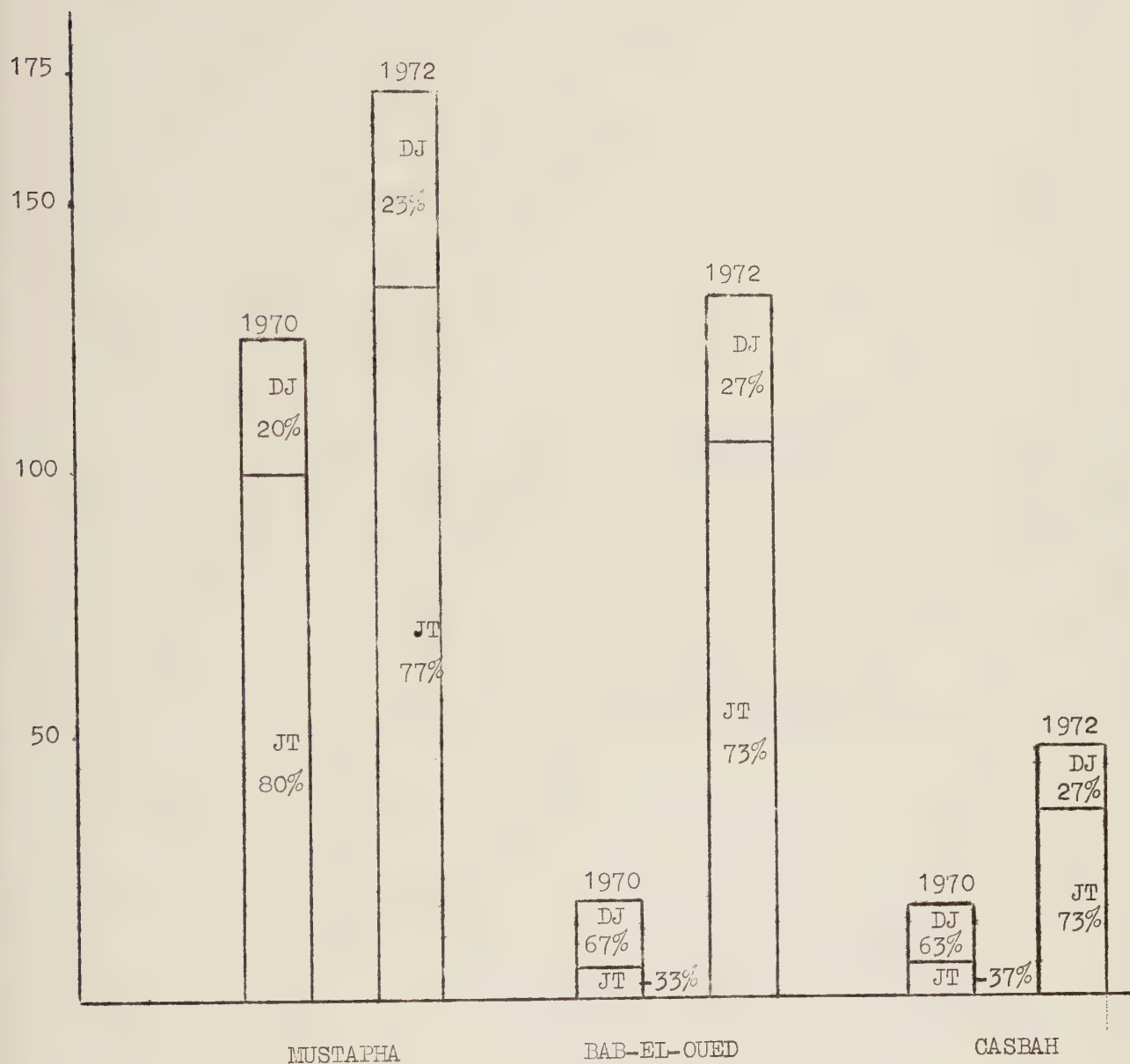
Depuis la réorganisation, les proportions de malades jamais traités et des malades déjà traités se sont inversées dans ces deux dispensaires.

En 1972, plus de 70 % des cas sont des malades jamais traités dans chacun des trois dispensaires.

- TABLEAU 25 - Proportion de malades jamais traités parmi les cas dépistés.

ANNEE	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1970 (I Semestre)	50	80	3	33	3	37	56	70
1972 (I Année)	130	77	103	73	35	73	268	75

PROPORTION DES MALADES JAMAIS TRAITES ET DES MALADES DEJA TRAITES
PARMI LES CAS DE TUBERCULOSE DEPISTES EN 1970 ET 1972.



DJ = DEJA TRAITES

JT = JAMAIS TRAITES

II - ACTIVITE THERAPEUTIQUE.

1° - A quels malades s'applique la chimiothérapie ?

a) - Répartition des malades selon la localisation de la tuberculose.

1261 malades ont été pris en charge pour leur traitement ambulatoire en 1970 et 1362 en 1972.

Le nombre de tuberculoses pulmonaires a été en augmentation passant de 54 % en 1970 à 70 % en 1972.

Le taux de primo-infections qui était encore élevé (12 %) en 1970 s'abaisse (5 %) en 1972.

- TABLEAU 26 - Répartition des malades selon la localisation de la tuberculose.

ANNEE	TUBERCULOSE PULMONAIRE		PRIMO INFECTION		TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1970	673	54	154	12	434	34	1261
1972	963	70	72	5	327	25	1362

- TABLEAU 27 - Répartition des malades en traitement au dispensaire de Mustapha selon le diagnostic.

ANNEE	TUBERCULOSE PULMONAIRE		PRIMO INFECTION		TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1970	419	53	19	3	349	44	787
1972	231	73	4	2	80	25	315

Au dispensaire de Mustapha, le nombre de tuberculoses extra-pulmonaires en traitement a présenté un " pic " en 1970 avec un taux de 44 %.

Ce dispensaire, une fois organisé pour le traitement des tuberculoses pulmonaires, intègre les tuberculoses extra-pulmonaires dans son activité thérapeutique.

Par suite de la réorganisation, l'activité du dispensaire de Mustapha a été déchargée (787 malades ont été pris en charge en 1970 contre 315 seulement en 1972) en faveur des dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah.

- TABLEAU 28 - Répartition des malades en traitement au dispensaire de Bab-El-Oued selon le diagnostic.

ANNEE	TUBERCULOSE PULMONAIRE		PRIMO INFECTION		TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1970	105	47	74	33	45	20	224
1972	612	70	50	7	197	23	859

- TABLEAU 29 - Répartition des malades en traitement au dispensaire de la Casbah selon le diagnostic.

ANNEE	TUBERCULOSE PULMONAIRE		PRIMO INFECTION		TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
1970	149	59	61	25	40	16	250
1972	120	64	18	10	50	26	188

Aux dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah, les primo-infections et les tuberculoses extra-pulmonaires ont eu une évolution inverse de 1970 à 1972 :

- Diminution des primo-infections du fait d'une amélioration des conditions de diagnostic.

- Augmentation du nombre des tuberculoses extra-pulmonaires. Le nombre croissant des tuberculoses extra-pulmonaires tient au fait qu'elles sont suivies aussi attentivement que les tuberculoses pulmonaires et que les médecins hospitaliers prennent peu à peu l'habitude de les confier au Dispensaire Anti-Tuberculeux pour le traitement ambulatoire.

REPARTITION DES TUBERCULOSES EN TRAITEMENT SELON LE
DIAGNOSTIC EN 1970 ET 1972.



TP = Tuberculose Pulmonaire

PI = Primo-Infection

TEP = Tuberculose Extra-Pulmonaire

b) - Preuve bactériologique de la tuberculose en traitement.

Au dispensaire de Mustapha, en 1970 comme en 1972 plus de 90 % des malades traités pour tuberculose pulmonaire sont des tuberculeux bacillifères.

Dans les deux autres dispensaires, la moitié seulement des tuberculoses pulmonaires était prouvée bactériologiquement en 1970.

Ce taux a presque doublé en 1972 et passe à 93 % au dispensaire de Bab-El-Oued et à 86 % au dispensaire de la Casbah.

En moyenne pour l'année 1972 ce taux est de 93 %. Ainsi il apparaît que les traitements entrepris sans preuve bactériologique sont de plus en plus réduits.

- TABLEAU 30 - Preuve bactériologique de la tuberculose pulmonaire en traitement.

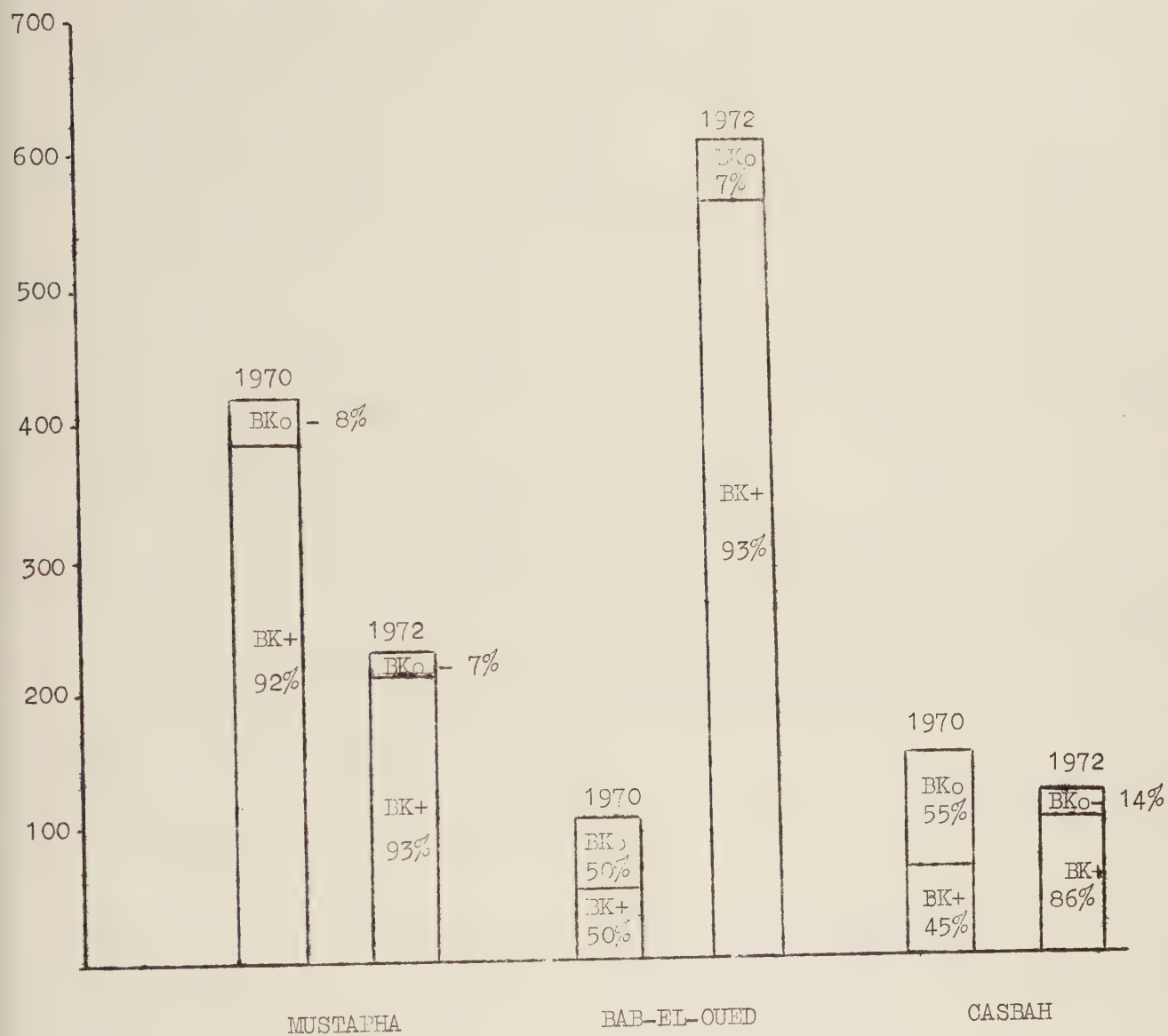
ANNEE	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1970	386	92	52	50	67	45	505	75
1972	216	93	568	93	103	86	887	92

Si l'on s'en tient aux chiffres fournis pour l'année 1970, il apparaît nettement que le dispensaire de Mustapha assurait à lui seul une tâche beaucoup plus élevée que celle des deux autres dispensaires réunis.

En 1972, du fait de la réorganisation des dispensaires et de la sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse, il y a eu une décentralisation du travail.

Ainsi le dispensaire de Bab-El-Oued qui dessert un secteur urbain et rural beaucoup plus vaste et peuplé va voir son activité thérapeutique s'accroître considérablement. Inversement l'activité du dispensaire de Mustapha sera réduite de plus de la moitié, celle du dispensaire de la Casbah restant à peu près la même. (Tableau 31).

PREUVE BACTERIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
EN TRAITEMENT EN 1970 ET 1972.



- TABLEAU 31 - Nombre de malades pris en charge pour leur traitement par les dispensaires anti-tuberculeux.

ANNEE	MUSTAPHA	BAB-EL-OUED	CASBAH	TOTAL
1970	787	224	250	1261
1972	315	859	188	1362

2°- Quelle est la chimiothérapie appliquée ?

Larépartition des malades en traitement selon les régimes thérapeutiques suivis en 1972 fait apparaître que les recommandations nationales en ce qui concerne le traitement standard de la tuberculose sont partout respectées, alors qu'en 1970, 2 % des malades traités aux dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah recevaient une chimiothérapie anarchique.

- TABLEAU 32 - La chimiothérapie appliquée.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	REGIMES 1970				REGIMES 1972			
	CORRECTS		INCORRECTS		CORRECTS		INCORRECTS	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
MUSTAPHA	787	100	0	0	315	100	0	0
BAB-EL-OUED	208	93	16	7	859	100	0	0
CASBAH	240	96	10	4	188	100	0	0
TOTAL	1235	98	26	2	1362	100	0	0

- TABLEAU 33 - Les régimes de chimiothérapie appliqués.

DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX	REGIMES 1970				REGIMES 1972			
	1ère Ligne		Réserve		1ère Ligne		Réserve	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
MUSTAPHA	666	85	121	15	264	84	51	16
BAB-EL-OUED	208	93	0	0	799	93	60	7
CASBAH	240	96	0	0	177	94	11	6
TOTAL	1114	88	121	12	1240	91	122	9

3°- Le lieu du traitement.

En 1970, la presque totalité des malades était en traitement au dispensaire anti-tuberculeux même.

En 1972, le traitement de la tuberculose commence à être intégré dans l'activité des centres de santé.

Cette intégration est nécessaire et souhaitable dans les secteurs étendus et de forte population. Les dispensaires anti-tuberculeux confient une partie des malades aux centres de santé rattachés pour leur traitement ambulatoire.

- TABLEAU 34 - Le lieu du traitement.

Lieu du traitement	1970		1972	
Dispensaire anti-tuberculeux	1255	99,5 %	1064	80 %
Centre de santé	6	0,5 %	249	18 %

-O- T R O I S I E M E C H A P I T R E -O-

I - LA REORGANISATION DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX EN 1971-1972.

II - L'EVALUATION DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE.

" La tuberculose demeurera(1.) un grave problème de santé publique aussi longtemps que la lutte ne sera(..) pas scientifiquement organisée, intégrée dans les services de santé généraux, menée énergiquement et régulièrement évaluée ".

COMITE D'EXPERTS DE L'OMS 1964.

- A -

LA REORGANISATION DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX EN 1971-1972.

L'analyse des bilans des activités diagnostic et thérapeutique des dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest de la ville d'Alger nous a permis de constater une légère amélioration dans le fonctionnement de ces dispensaires de 1969 à 1970.

Nous avons vu que cette amélioration minime résultait du simple fait que l'on avait demandé au personnel de ces dispensaires de fournir les bilans de l'activité de leur unité de soins.

L'étude comparative des bilans de fonctionnement de ces mêmes dispensaires a montré une amélioration qualitative et quantitative satisfaisante en 1972. Cette amélioration a été obtenue grâce à un certain nombre de mesures organisationnelles prises en 1971-1972 et qui ont permis la réactivation des dispensaires anti-tuberculeux.

Ces mesures découlent du programme national de lutte anti-tuberculeuse formulé au cours du 1er séminaire national de lutte anti-tuberculeuse en février 1966 et précisé au cours du 2ème séminaire national en décembre 1970.

Le but général de ce programme est de parvenir au contrôle de la tuberculose dans les 10 années à venir. Dans ce but, la législation prévue rend obligatoires et gratuits la vaccination (décret n° 69-88 du 17 juin 1969), le diagnostic, le traitement et la surveillance de la tuberculose pulmonaire (décret n° 69-96 du 8 juillet 1969).

Dans cette action de lutte contre la tuberculose, un rôle essentiel revient au dispensaire anti-tuberculeux qui devient le centre de contrôle effectif de la tuberculose dans un secteur déterminé.

Pour atteindre ces objectifs des mesures précises ont été prises en 1971-1972 :

- Sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse.
- Coordination entre les différentes structures de Santé Publique.
- Standardisation des méthodes de travail.

I - LA SECTORISATION.

Nous avons vu que cette sectorisation définit deux secteurs de lutte anti-tuberculeuse. Chaque dispensaire anti-tuberculeux assume la responsabilité de la lutte contre la tuberculose dans son secteur géographique, en relation avec les centres de santé non spécialisés et le centre hospitalier de pneumo-phthisiologie auquel il est rattaché.

Cette sectorisation a permis une décentralisation du travail par l'intégration du traitement dans les unités de soins non spécialisées, et une centralisation du contrôle au niveau du centre hospitalier.

II - LA COORDINATION.

Sur la base de la sectorisation géographique qui a été définie, Hôpital et Dispensaire d'une part, Dispensaire et centres de santé polyvalents d'autre part, travaillent en étroite corrélation, ce qui permet l'harmonisation des méthodes de travail. Cette coordination entre les différentes unités de soins est assurée par la même équipe médicale.

Dès qu'un malade est reconnu tuberculeux, son hospitalisation est décidée au dispensaire anti-tuberculeux même. Il est alors adressé au service de pneumo-phthisiologie, muni d'un certificat d'hospitalisation. Celui-ci comporte un volet détachable - " accusé de réception " - qui sera renvoyé au dispensaire par le service hospitalier.

A la sortie de l'hôpital et pour les cas de tuberculose seulement, le médecin du dispensaire reçoit une lettre de liaison, l'informant du diagnostic et du traitement reçu à l'hôpital, ainsi que du traitement qui doit être poursuivi au dispensaire. Cette lettre lui parvient en double exemplaire, l'une par la poste, l'autre remise par le malade. Si l'exemplaire envoyé par la poste arrive avant que le malade se soit présenté, le dispensaire doit convoquer le malade.

Selon l'adresse du malade et de ses possibilités de déplacements, le traitement ambulatoire sera entrepris soit au dispensaire anti-tuberculeux même, soit dans un centre de santé rattaché. La décision est prise en commun par le médecin et le malade.

Si au cours du traitement ambulatoire, le malade change de résidence, le transfert de la responsabilité du traitement au dispensaire du nouveau secteur sanitaire de résidence s'effectue à l'aide d'une fiche lettre. Celle-ci est rédigée en deux exemplaires : l'un remis au malade, l'autre envoyé par la poste au nouveau dispensaire.

Toute absence de plus de deux semaines au cours du traitement entraîne une convocation du malade au dispensaire ou lorsque cela est possible, une visite à domicile par l'assistante sociale.

Au niveau de chaque dispensaire, le médecin assure le contrôle du fonctionnement du dispensaire et des centres de santé rattachés. Au niveau du secteur de lutte anti-tuberculeuse, un médecin responsable supervise l'activité du réseau (spécialisé et non spécialisé) pour le dépistage et le traitement des cas de tuberculose.

Ainsi le malade est " effectivement " pris en charge depuis le diagnostic jusqu'à la guérison. Toutes ces mesures permettent d'éviter le fractionnement de la responsabilité thérapeutique et de réduire au minimum le nombre de malades " perdus de vue ". Ce nombre permet d'évaluer la qualité de la coordination au niveau d'un secteur de lutte anti-tuberculeuse.

III - LA STANDARDISATION DES METHODES DE TRAVAIL.

La standardisation du diagnostic et du traitement de la tuberculose est la condition première du succès d'une action de lutte anti-tuberculeuse.

1°- Le dépistage.

Les méthodes de diagnostic de la tuberculose sont actuellement bien codifiées et correctement appliquées dans les trois dispensaires que nous avons étudiés.

Une place primordiale est accordée à la bactériologie dans la définition du cas de tuberculose.

Le dépistage concerne trois catégories de consultants :

- Consultants avec symptômes respiratoires (dépistage symptomatique).
- Consultants pour certificat de phtisiologie (dépistage systématique).
- Les sujets " contacts " (vivant au contact de malades reconnus tuberculeux).

La priorité est accordée au dépistage symptomatique.

Tous les consultants, sauf ceux qui sont munis d'une radiographie récente, passent une radiophotographie ou une radioscopie. Cet examen radiologique utilisé comme " filtre selectif " permet de décider des examens bactériologiques à demander, ce qui permet de rentabiliser considérablement l'activité du laboratoire. Le résultat de l'examen radiologique est noté sur une fiche par le médecin selon le code de lecture de l'OMS. Ce résultat permet de répartir les consultants en deux grands groupes :

- Les cas indemnes de tuberculose pulmonaire évolutive (image 0 à 7 du code OMS).
- Les cas suspects de tuberculose pulmonaire évolutive (image 8 et 9 du code OMS).

Pour tous les cas suspects de tuberculose pulmonaire évolutive, une bacilloscopie directe des crachats est demandée au laboratoire.

Si cet examen est positif, le cas de tuberculose est ainsi confirmé ; il doit être déclaré et traité.

Si la première recherche est négative et si le cas est très suspect (contexte clinique et radiologique), on redemande trois autres examens en moins de trois jours : Deux échantillons recueillis sur place (spot-spécimen) et un échantillon recueilli pendant une nuit à domicile (collection-spécimen).

Si les quatres examens directs sont négatifs, on demande une culture.

Tous les résultats de l'interrogatoire, de la radiologie, de la bactériologie sont reportés sur différents registres et fiches tenus à jour par le secrétaire du dispensaire.

Des consultants ou des malades peuvent se présenter au dispensaire pour suspicion de tuberculose extra-pulmonaire ; le diagnostic se fait selon les mêmes modalités que pour la tuberculose pulmonaire. En outre on peut décider un examen histologique du pus ou d'une biopsie ganglionnaire, osseuse, séreuse ou viscérale pratiqué dans un laboratoire hospitalier.

Les cas de tuberculose ainsi dépistés sont dirigés sur la Clinique de Pneumo-Phtisiologie " A " pour une hospitalisation et un traitement intensif de courte durée.

Les cas fortement suspects de tuberculose pulmonaire, mais chez lesquels la preuve bactériologique n'a pas été apportée au dispensaire sont également hospitalisés, et c'est à l'hôpital que, le plus souvent, la tuberculose est confirmée après de nouvelles recherches de BK.

2°- Le traitement.

L'organisation du traitement de la tuberculose est fondée sur le choix d'une chimiothérapie efficace et peu coûteuse.

En effet, c'est en tenant compte des données modernes sur les différents régimes médicamenteux et de leur coût qu'un programme national de chimiothérapie antibacillaire a été établi en Algérie.

- TABLEAU 35 - Le programme de chimiothérapie de la tuberculose en Algérie 1973.

LIEU	REGIMES	PHASE INITIALE	PHASE D'ENTRETIEN
CENTRES DE SOINS POLYVALENTS	PREMIERE LIGNE	Streptomycine - 1 gr Rimifon - 8 mg/kg PAS - 24 gr à 50 %	Streptomycine - 1 gr } 2/7 Rimifon - 15 mg/kg } } RIMIFON - 8 mg/kg } 7/7 PAS 20 gr à 50 % }
CENTRES SPECIALISES	RESERVE	Ethionamide 0,75 - 1gr Cyclosérine 0,75 - 1gr Morphazinamide - 2gr50	Ethionamide } 7/7 Cyclosérine } } Ethionamide } 7/7 Morphazinamide }
CENTRE DE RECHERCHE	RESERVE	Rifampicine - 600 mgr Ethambutol - 1200 mgr	Rifampicine - 900 mgr } 7/7 Ethambutol - 2gr 40 }

1°- Le régime thérapeutique.

Il comporte l'administration obligatoire d'une chimiothérapie efficace pendant 12 mois au minimum suivie d'une chimiothérapie de consolidation pendant la deuxième année.

a)- La première année de traitement se déroule en deux phases :

- Une phase initiale intensive de 4 à 12 semaines qui a lieu à l'hôpital, exceptionnellement au dispensaire anti-tuberculeux. Au cours de cette phase on associe 3 drogues antibacillaires administrées tous les jours (7/7). Il s'agit en règle d'un régime de première ligne et très rarement, d'un régime de réserve pour les malades porteurs de bacilles résistants à l'isoniazide et/ou à la streptomycine.

- Une phase d'entretien au cours de laquelle on associe 2 drogues. Deux types de régimes peuvent être choisis pour cette deuxième phase :

Soit un régime intermittent et contrôlé associant Rimifon et Streptomycine 2 jours par semaine (2/7). C'est le régime de choix qui doit être appliqué chaque fois qu'il est possible. Il a l'avantage de permettre un traitement ambulatoire entièrement contrôlé et efficace.

Soit un régime continu non contrôlé, les médicaments étant remis une fois par semaine (exceptionnellement une fois toutes les 2 semaines) pour être absorbés à domicile. Ce régime associera Rimifon et PAS, et pour les cas d'échec des régimes de première ligne, on prescrira un régime de réserve associant Ethionamide et Cyclosérine (7/7) ou Ethionamide et Morphazinamide (7/7).

b)- Pour la deuxième année de traitement qui correspond à la phase de consolidation, on n'administrera qu'un antibiotique : Rimifon seul ou Ethionamide seul.

2°- Le lieu du traitement.

Il est fixé en fonction de l'état du réseau de Santé Publique d'une part, de l'adresse du malade et de ses possibilités de déplacement d'autre part. Ce sera :

Soit le dispensaire anti-tuberculeux lui même, aux jours fixés selon l'emploi du temps.

Soit un centre de santé polyvalent. Celui-ci est contrôlé par le médecin du dispensaire ; il est approvisionné régulièrement tous les mois en médicaments antibacillaires par le dispensaire anti-tuberculeux.

3°- Le contrôle du traitement.

a)- Le contrôle " technique ".

Quels que soient le régime thérapeutique et le lieu de distribution des médicaments, le contrôle du traitement a lieu au dispensaire anti-tuberculeux. Ce contrôle comporte :

- Une bacilloscopie mensuelle.
- Une radiographie semestrielle.
- Une culture semestrielle.

En cas de difficultés de déplacement pour le malade, les crachats, pour le contrôle bactériologique, sont recueillis au centre de santé et envoyés dans les 24 heures au dispensaire anti-tuberculeux.

Au cours des trois années qui suivent la fin du traitement un bilan annuel est demandé (radiographie, bacilloscopie, culture).

b)- Contrôle de l'assiduité.

Dès qu'un malade a manqué deux semaines de traitement, il faut le " relancer " par convocation ou par visite à domicile. Ces défaillances seront particulièrement surveillées dans les 6 premiers mois de traitement. Leurs causes doivent être décelées : Selon les cas, le traitement doit être adapté ou modifié (en cas d'intolérance ou de toxicité), ou confié à un autre centre de santé (en cas de déménagement).

Toute reprise thérapeutique nécessite un entretien du malade avec le médecin.

c)- Contrôle de l'efficacité du traitement.

Une consultation médicale a lieu tous les 6 mois jusqu'à la fin du traitement puis tous les ans pendant les 3 années suivantes. De plus, le malade doit être présenté au médecin dès qu'il se plaint de signes nouveaux ou lorsqu'il a une bacilloscopie positive en cours de traitement. Ces mesures permettent d'assurer un contact permanent entre le malade et le personnel du dispensaire. Celui-ci est concerné par la prise en charge effective du malade et donc par sa guérison.

Sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse, coordination permanente entre les différentes structures de Santé Publique, standardisation des méthodes de dépistage, de traitement, de surveillance des malades tuberculeux, telles sont les mesures organisationnelles qui ont permis la réactivation des dispensaires anti-tuberculeux et l'amélioration de leur efficacité.

- B -

EVALUATION DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE.

L'analyse des résultats obtenus dans l'activité de routine des dispensaires anti-tuberculeux permet une évaluation des divers aspects techniques et opérationnels du programme de lutte anti-tuberculeuse appliqué au niveau de ces structures.

Cette évaluation des diverses actions de lutte contre la tuberculose permet de mesurer leur impact dans la collectivité, de situer et éventuellement de corriger les défaillances constatées dans leur application.

- L'évaluation de l'activité de dépistage et thérapeutique d'un réseau de lutte anti-tuberculeuse permet de juger l'efficacité du programme et son action sur les sources d'infection.

- L'évaluation chiffrée permanente de l'activité d'un dispensaire anti-tuberculeux permet d'établir les prévisions sanitaires annuelles. Elle permet de comparer les résultats obtenus aux objectifs fixés et constitue de ce fait un facteur considérable d'amélioration de l'organisation d'un programme car elle éveille et entretient la motivation du personnel chargé de l'application de ce programme.

Encore faut-il que cette évaluation puisse être faite rapidement à l'aide de critères simples et faciles à recueillir normalement au cours de l'activité de routine de toutes les unités sanitaires de base.

1°- Evaluation de l'action sur les sources d'infection.

L'évaluation de l'action sur les sources d'infection permet d'apprécier l'efficacité technique et organisationnelle du réseau du dépistage et du traitement. Quatre critères d'évaluation ont été retenus :

- Le nombre de malades recevant une chimiothérapie antibacillaire : Combien de malades sont traités ?

- La localisation de leur tuberculose et la qualité du diagnostic de la tuberculose : Qui est traité ?

- Les régimes thérapeutiques suivis par les malades : Comment sont-ils traités ?

- Le lieu du traitement : Où sont-ils traités ?

L'étude comparative des bilans de l'activité des dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest en 1970 et 1972, avant et après la réorganisation du secteur a fait apparaître une amélioration dans l'application du programme national de lutte anti-tuberculeuse.

- TABLEAU 36 - Evaluation de l'action sur les sources d'infection dans le secteur Ouest de la ville d'Alger en 1970 et 1972.

CRITERES D'EVALUATION	1970		1972	
	Nombre	%	Nombre	%
COMBIEN ?	1261	100	1362	100
QUI ?				
Tuberculoses pulmonaires (dont bacillifères).....	673	54 (75%)	963	70 (92%)
Tuberculoses Extra-Pulmonaires	434	34	327	25
Primo-Infections	154	12	72	5
COMMENT ?				
Régimes Standardisés (1ère Ligne de réserve)	1114 121	88 10	1240 122	91 9
Régimes " anarchiques "	26	2	0	0
OU ?				
Dispensaires anti-tuberculeux	1255	99,5	1064	80
Centres de santé rattachés	6	0,5	249	18
Transfert	0	0	49	2

Le nombre total de malades pris en charge a augmenté, et parmi eux, le nombre de malades bacillifères.

Le traitement est entièrement standardisé et une certaine décentralisation du traitement ambulatoire apparaît en 1972.

Une analyse plus précise peut être faite en comparant, pour les trois dispensaires spécialisés du secteur, les critères d'évaluation en 1970 et 1972.

- TABLEAU 37 - Evaluation de l'action sur les sources d'infection dans les trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest en 1970.

CRITERES D'EVALUSTION	DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX					
	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
COMBIEN ?	787	100	224	100	250	100
QUI ?						
Tuberculoses pulmonaires (dont bacillifères).....	419 (92%)	53	105 (50%)	47	149 (45%)	59
Tuberculoses Extra-Pulmonaires	349	44	45	20	40	16
Primo-Infections	19	3	74	33	61	25
COMMENT ?						
Régimes Standardisés (1 ^e Ligne	666	85	208	93	240	96
(Réserve	121	15	-	-	-	-
Régimes " anarchiques "	0	0	16	7	10	4
OU ?						
Dispensaire anti-tuberculeux	787	100	224	100	241	98
Centres de santé rattachés	0	0	0	0	9	2

- TABLEAU 38 - Evaluation de l'action sur les sources d'infection dans les trois dispensaires anti-tuberculeux du secteur Ouest en 1972.

CRITERES D'EVALUATION	DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX					
	MUSTAPHA		BAB-EL-OUED		CASBAH	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
COMBIEN ?	315	100	359	100	188	100
QUI ?						
Tuberculoses pulmonaires (dont bacillifères).....	231 (93%)	73	612 (93%)	70	120 (86%)	64
Tuberculoses Extra-Pulmonaires	80	25	197	23	50	26
Primo-Infections	4	2	50	7	18	10
COMMENT ?						
Régimes Standardisés (1 ^o Ligne Réserve)	264 51	84 16	799 60	93 7	177 11	94 6
Régimes " anarchiques "	0	0	0	0	0	0
OU ?						
Dispensaire anti-tuberculeux	296	94	600	69	168	90
Centres de santé rattachés	0	0	244	30	5	2
Transfert	19	6	15	1	15	8

On constate qu'après réorganisation, les dispensaires prennent en charge un nombre de malades proportionnel à la population des quartiers qu'ils desservent; que les critères techniques de diagnostic bactériologique et de standardisation des régimes thérapeutiques deviennent similaires dans tous les dispensaires spécialisés ; que l'intégration du traitement dans les dispensaires non spécialisés commence à se faire.

2°- Prévisions des besoins en produits pharmaceutiques, et techniques.

L'évaluation chiffrée de l'activité d'un dispensaire permet d'établir les prévisions annuelles de ce dispensaire en films radiologiques, en examens bactériologiques, en médicaments, en commandes de BCG, etc... Ces prévisions permettront d'éviter les ruptures de stocks et les gaspillages et donc de réaliser des économies annuelles certaines.

a)- Prévisions des besoins en films radiologiques.

La consommation annuelle de films radiologiques peut être évaluée facilement, connaissant le nombre annuel de consultants pour dépistage et le nombre de malades pris en charge pour le traitement ambulatoire. On sait en effet que la surveillance radiologique des malades en traitement exige une radiographie semestrielle, donc chaque malade en traitement doit passer 2 radiophotographies par an.

- TABIEAU 39 - Evaluation de la consommation en films radiologiques.*

DISPENSAIRES	NOMBRES DE RADIOGRAPHIES		TOTAL
	Pour le dépistage	Pour la surveillance du traitement	
MUSTAPHA	7335	315 x 2 = 630	7965
BAB-EL-OUED	6810	859 x 2 = 1718	8528
CASBAH	999	188 x 2 = 376	1375
TOTAL	15.144	2724	17.868

* Les chiffres donnés ci-dessus concernent l'année 1972.

b)- Prévisions des besoins en examens bactériologiques.

Les examens de laboratoire (examens directs et cultures) pratiqués pour le dépistage ont été dénombrés dans chaque dispensaire.

D'autre part, si l'on admet que chaque malade en traitement aura 12 bacilloscopies par an et 1 culture semestrielle pour la surveillance du traitement, on peut évaluer le nombre annuel d'examens de laboratoire nécessaire pour l'activité d'un dispensaire.

- TABLEAU 40 - Nombre de bacilloscopies nécessaires :

DISPENSAIRES	NOMBRE D'EXAMENS DIRECTS		TOTAL
	Pour le dépistage	Pour la surveillance	
MUSTAPHA	1376	$315 \times 12 = 3780$	5156
BAB-EL-OUED	2264	$859 \times 12 = 10.308$	12.572
CASBAH	193	$188 \times 12 = 2256$	2449
TOTAL	3833	16.344	20.177

- TABLEAU 41 - Nombre de cultures nécessaires :

DISPENSAIRES	NOMBRE DE CULTURES		TOTAL
	Pour le dépistage	Pour la surveillance	
MUSTAPHA	293	$315 \times 2 = 630$	923
BAB-EL-OUED	586	$859 \times 2 = 1718$	2304
CASBAH	29	$188 \times 2 = 376$	405
TOTAL	908	2724	3632

c)- Prévisions de la consommation de colorants et de tubes de culture.

Dans l'activité de routine d'un dispensaire on sait que la consommation de 1 litre de fuschine est nécessaire pour effectuer 150 baciloscopies en moyenne. Il en faut autant de litres d'acide, d'alcool, et de bleu de méthylène. On peut donc évaluer pour chaque dispensaire la consommation annuelle de chacun de ces produits.

D'autre part, pour chaque culture il faut deux tubes de Löwenstein.

- TABLEAU 42 - Consommation annuelle en colorants et en tubes de culture.

DISPENSAIRES	Nbre de litres de Fuschine	Nbre de tubes de culture
MUSTAPHA	$5156 : 150 = 34,4 \text{ l}$	$923 \times 2 = 1846$
BAB-EL-OUED	$12.572 : 150 = 83,8 \text{ l}$	$2304 \times 2 = 4608$
CASBAH	$2449 : 150 = 16,3 \text{ l}$	$405 \times 2 = 810$
TOTAL	$134,5 \text{ l}$	7264

d)- Prévisions des besoins en commandes de BCG et de tuberculine.

L'évaluation de l'activité de vaccination permet de connaître le nombre de commandes de BCG nécessaires par an.

- TABLEAU 43 - Consommation de vaccins BCG et en tuberculine.

DISPENSAIRES	IDR	BCG
MUSTAPHA	1044	92
BAB-EL-OUED	798	212
TOTAL	1842	304

e)- Prévisions des besoins en médicaments antibacillaires.

Grâce à la connaissance du nombre de malades pris en charge pour le traitement ambulatoire, ainsi qu'à la standardisation des régimes thérapeutiques, on peut évaluer la consommation annuelle en médicaments antibacillaires. Dans nos calculs, nous avons considérés la phase d'entretien correspondant à 48 semaines de traitement au dispensaire. Dans les régimes de 2ème ligne, nous avons considérés qu'une moitié des malades recevait de la Cyclosérine et qu'une autre moitié recevait de la Morphazinamide.

- TABLEAU 44 - Prévisions des besoins en médicaments antibacillaires.

REGIMES DE CHIMIOThERAPIE	MEDICAMENTS	DOSE QUOTI- DIENNE EN gr	QUANTITE	CÔUT EN DA EN 1973
REGIMES DE PREMIERE LIGNE	RIMIFON Comp. 150 mg : 0,0231 DA	0,60	1.013.760	23.417,85
	STREPTOMYCINE Amp. 1 gr : 0,50 DA	1	65.280	32.640,00
	P A S Granulé à 50 % 16,80 DA 1e Kg	20	268,8 KG	4.535,84
	T O T A L :			60.593,69
REGIMES DE RESERVE	ETHIONAMIDE Comp. 250 mg : 0,3423 DA	0,75	97.776	33.468,80
	CYCLOSERINE Comp. 250 mg : 0,2123 DA	0,75	28.728	6.098,95
	MORPHAZINAMIDE Comp. 500 mg : 0,1608 DA	2,50	28.728	4.619,46
	RIFAMPICINE Comp. 300 mg : 3,2533 DA	0,90	7.200	23.423,76
	ETHAMBUTOL Comp. 400 mg : 0,4443 DA	2,40	14.400	6.397,92
T O T A L :				74.008,89
T O T A L G E N E R A L :				134.602,58

C O M M E N T A I R E

ORIENTATION ACTUELLE DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE :

L'INTEGRATION

Au terme de notre étude, il ressort que les méthodes de travail qui ont fait leur preuve depuis 1968 au dispensaire de Mustapha, centre pilote de lutte anti-tuberculeuse, donnent les mêmes résultats lorsqu'on les applique ailleurs. En effet, l'application de ces méthodes dans les autres dispensaires depuis 1971 a permis d'améliorer considérablement leur rendement alors que les moyens matériels de ces mêmes structures sanitaires ont peu changé. Il n'est donc pas nécessaire de posséder ou de développer une infrastructure importante pour lutter contre la tuberculose, mais il faut définir en priorité des principes de dépistage et de traitement adaptés aux exigences du pays, et des méthodes de travail.

Maintenant que nous disposons de techniques de diagnostic, de traitement et de prévention simples et efficaces, il reste à les appliquer à l'ensemble du territoire national en les intégrant dans l'infrastructure déjà existante. Il s'agit de réactiver les centres anti-tuberculeux existants et de les articuler avec les hôpitaux et les centres de santé polyvalents. C'est aussi par la participation des médecins généralistes et des infirmiers de ces centres de soins que l'on pourra réaliser l'intégration de la lutte anti-tuberculeuse dans le programme national de Santé Publique. Les Phtisiologues devront s'attacher surtout aux problèmes d'organisation et de supervision des réseaux de lutte contre la tuberculose à l'échelle départementale et nationale.

Mais ces mesures organisationnelles, si elles devraient faire régresser le fléau de la tuberculose dans notre pays, risquent de se heurter encore à la résistance des conceptions traditionnelles. C'est pourquoi il est nécessaire de porter particulièrement les efforts sur la formation et la motivation du personnel médical et paramédical chargé de les mettre en oeuvre, afin d'obtenir une reconversion des mentalités.

Désormais, le problème de la tuberculose n'est plus d'ordre médical ou budgétaire, mais surtout un problème d'organisation et de planification à l'échelle nationale.

-O- C O N C L U S I O N -O-

THESE RECHERCHES SUR LA NUTRITION DES ANIMAUX DOMESTIQUES, ET EN PARTICULIER SUR LE RÔLE DE LA NUTRITION DANS LA PRODUCTION DES PRODUITS ANIMAUX, ONT PERMIS DE FAIRE UN certain nombre de constatations qui ont permis de préciser les besoins nutritionnels des animaux domestiques, et de proposer des méthodes de nutrition adaptées à ces besoins.

Notre travail a porté sur une étude comparative des activités de dépistage et de traitement de trois dispensaires anti-tuberculeux de la ville d'Alger en 1969 - 1970 et 1972 avant et après leur réorganisation. Ce sont les dispensaires de Mustapha, de Bab-El-Oued et de la Casbah.

Avant la réorganisation, c'est-à-dire jusqu'en 1970, mis à part celui de Mustapha, ces dispensaires fonctionnaient de façon traditionnelle. La plupart des médecins qui y travaillaient avaient le plus souvent une conception sanatoriale de la lutte anti-tuberculeuse. L'organisation du travail n'était pas rationnelle : Absence de standardisation des méthodes de travail, absence de coordination entre les dispensaires et les autres structures sanitaires.

C'est ce qui explique la médiocrité du rendement de ces dispensaires comme en témoignent les résultats des enquêtes effectuées en 1969 et 1970. Il faut noter cependant que le dispensaire de Mustapha avait des conditions particulières expliquant par conséquent que son fonctionnement ait été satisfaisant.

L'analyse des résultats de ces enquêtes a fait apparaître diverses anomalies au niveau des dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah. En 1969 comme en 1970, seulement 50 % des malades en traitement avaient des tuberculoses pulmonaires. Celles-ci n'étaient confirmées bactériologiquement que dans la moitié des cas. Un grand nombre était traité pour des primo-infections. Ce nombre dépassait celui des cas bacillifères. Il est donc probable que beaucoup de ces primo-infections ont été diagnostiquées abusivement et il est certain qu'une attention insuffisante a été portée aux sources d'infection.

Les régimes de chimiothérapie appliqués n'étaient pas standardisés. C'est ainsi que 14 % des malades en traitement dans les deux dispensaires en 1969 et 5 % en 1970 avaient reçus des régimes thérapeutiques " anarchiques " c'est-à-dire, autres que ceux qui ont été proposés dans les directives nationales de 1966.

Du fait de l'absence de coordination, aucune intégration du traitement de la tuberculose dans les centres de santé n'était possible. Beaucoup de malades étaient " perdus de vue " avant leur guérison. La comparaison des résultats entre 1969 et 1970 a montré une légère amélioration dans le fonctionnement des dispensaires. Celle-ci est probablement due au fait que l'enquête prospective de 1970 a contribué elle-même à motiver le personnel chargé de ce travail.

Pour remédier à ces lacunes, une réorganisation a été entreprise depuis 1971. Cette réorganisation a permis de réactiver les dispensaires anti-tuberculeux qui ont considérablement amélioré leur rendement. Ceci a permis aux dispensaires de Bab-El-Oued et de la Casbah de travailler au même rythme que le dispensaire de Mustapha, considéré jusque là comme centre de référence en ce qui concerne la lutte anti-tuberculeuse.

Le bilan de fonctionnement de 1972 a montré en effet que l'activité des trois dispensaires est satisfaisante :

1°- Dans l'activité de dépistage :

Sur 357 tuberculoses pulmonaires dépistées, 84 % ont été confirmées bactériologiquement au dispensaire et 75 % sont des cas nouveaux, jamais traités.

2°- Dans l'activité thérapeutique :

Sur 1362 malades en traitement, 70 % sont traités pour des tuberculoses pulmonaires. Celles-ci sont prouvées bactériologiquement dans 92 % des cas.

La chimiothérapie de première ligne est utilisée pour 90 % des malades ; le reste, soit 10 %, reçoit un régime de réserve. Enfin l'intégration du traitement ambulatoire dans les centres de santé rattachés représente 18 % de l'ensemble des malades en traitement.

La comparaison de ce bilan avec celui de 1970 a permis de montrer une amélioration qualitative et quantitative satisfaisante dans le fonctionnement des trois dispensaires. Cette amélioration a été obtenue grâce à un ensemble de mesures organisationnelles élaborées en 1971 et 1972.

1°- Une sectorisation géographique de la lutte anti-tuberculeuse a été définie au niveau de la Wilaya d'Alger depuis 1971. Un secteur Est et un secteur Ouest ont été délimités ; tous les deux dépendent du service de Pneumo-Phtisiologie de l'hôpital Issad Hossani de Béni-Messous.

Dans chaque secteur, des circonscriptions précises ont été assignées à chaque dispensaire anti-tuberculeux qui assure le dépistage et le traitement ambulatoire ainsi que la prévention de la tuberculose.

Notre étude a porté sur le secteur Ouest de la ville d'Alger.

2°- La coordination, dispensaire - hôpital d'une part, dispensaire - centres de santé polyvalents d'autre part, permet la prise en charge effective des malades depuis le diagnostic jusqu'à la guérison.

3°- La standardisation des méthodes de travail a permis de faciliter toutes les tâches.

a)- Dans l'activité de dépistage :

- Priorité au dépistage symptomatique.
- Intérêt de la bactériologie dans la définition du cas de tuberculose.
- Rôle de la radiologie comme " filtre sélectif " permettant de rentabiliser la bactériologie.

b)- Dans l'activité thérapeutique :

- Priorité à la chimiothérapie de première ligne : La première place est accordée au régime intermittent et contrôlé. Les régimes de réserve sont utilisés en cas d'échec du régime de première ligne.
- Décentralisation du traitement par l'intégration du traitement ambulatoire au niveau des centres de santé.
- Centralisation du contrôle au niveau du dispensaire anti-tuberculeux.

Ayant admis que ces principes prioritaires ont permis d'améliorer l'efficacité des dispensaires anti-tuberculeux, nous nous sommes proposés de définir des critères d'évaluation.

Cette évaluation consiste à savoir comment sont appliqués les principes de lutte contre la tuberculose plus qu'à préciser les résultats de cette lutte. Autrement dit, elle permet d'apprécier l'efficacité technique et organisationnelle du réseau de dépistage et de traitement d'un secteur. Quatre critères d'évaluation ont été retenus :

1°- Le nombre de malades recevant une chimiothérapie antibacillaire : Combien de malades sont traités ?

2°- La localisation de leur tuberculose et la qualité du diagnostic de la tuberculose : Qui est traité ?

3°- Les régimes thérapeutiques suivis : Comment sont ils traités ?

4°- Le lieu du traitement : Où sont ils traités ?

Par ailleurs l'évaluation chiffrée de l'activité d'un dispensaire permet d'établir les prévisions des besoins techniques et pharmaceutiques de ce dispensaire.

Ainsi l'expérience réalisée dans un secteur d'Alger ouvre de nouvelles perspectives sur la lutte contre la tuberculose en Algérie ; l'objectif à atteindre étant l'intégration effective de cette lutte dans les services généraux de Santé Publique et ceci à l'échelle nationale.

-O- BIBLIOGRAPHIE -O-

1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

1. ABDERRAHIM K., AIT KHALED N., AMRANE R., HANNACHI M.R.

L'évaluation de l'activité d'un dispensaire anti-tuberculeux.
A propos du Bilan de fonctionnement d'un dispensaire spécialisé
d'Alger en 1971.

2ème Congrès Médical Maghrébin, Mai 1972.

2. ABDERRAHIM K., ZIROUT A., CHAULET P., LARBAOUI D.

L'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Algérie.

Communication à la 21ème Conférence Internationale
de la tuberculose, Moscou, Juillet 1971.

3. ABDERRAHIM K., ZIROUT A., AIT MESBAH H., CHAULET P., LARBAOUI D.

Problèmes organisationnels dans la chimiothérapie intermittente
de la tuberculose pulmonaire.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en
Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

4. ALLAL G.

Etude du fonctionnement du secteur de lutte anti-tuberculeuse
contrôlé par le dispensaire de Bab-El-Oued à Alger.

Thèse, Alger, Septembre 1973.

5. CABRAL J.

L'importance de la motivation dans un traitement ambulatoire
totallement supervisé.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose,
vol. XLVII Février 1972.

6. CHAMPENOIS M.

Etude de la morbidité hospitalière d'un service de pneumo-phthisiologie d'Alger. Applications pratiques.

Thèse, Nantes, Mai 1973.

7. CHAULET P.

L'organisation de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie.

Le Journal de Médecine du Maroc, Octobre 1972, 8, n° 10

8. CHAULET P., LARBAOUI D., ABDERRAHIM K., ZIROUT A.

Résultats pratiques de la chimiothérapie dans une unité de lutte anti-tuberculeuse d'Alger en 1966 - 1967.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

9. CHAULET P., LARBAOUI D., ABDERRAHIM K., ZIROUT A., AIT MESBAH H.

Etude récente sur le dépistage de la tuberculose pulmonaire de l'adulte en Algérie.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

10. CHAULET P.

La lutte anti-tuberculeuse à Alger et dans la Wilaya d'Alger.

Rapport de l'activité du secteur Ouest pour l'année 1972.

Alger, Février 1973 (document ronéotypé).

11. CHAULET P.

Les problèmes du traitement de la tuberculose dans le contexte Africain.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

12. CHEIKH EL GHANAMI Z.

L'organisation de la chimiothérapie de la tuberculose en Algérie. Résultats d'une enquête nationale menée en 1970 - 1971.

Thèse, Alger 1971.

13. EL ASSAD I.

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire dans deux dispensaires spécialisés d'Alger en 1971 - 1972.

Thèse, Alger 1972.

14. FOX W.

Considérations générales sur le choix et le maniement des régimes thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose. vol. XLVII Février 1972.

15. GRELLETY ,7 BOSVIEL. P.

De l'importance de standardiser les techniques et l'équipement.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose. vol. XLIII June 1970.

16. KOUIDRI M.

La tuberculose dans le grand Alger : Rôle du dispensaire anti-tuberculeux.

Thèse, Alger 1968.

17. LARBAOUI D., ABDERRAHIM K., CHAULET P., ZIROUT A.

Les problèmes posés par l'organisation du traitement ambulatoire en Algérie.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

18. LARBAOUI D., CHAULET P., GROSSET J., ABDERRAHIM K., AIT MESBAH H.

Le diagnostic par " étapes " de la tuberculose pulmonaire : Résultats d'une enquête menée dans un dispensaire d'Alger.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

19. LARBAOUI D., CHAULET P., GROSSET J., ABDERRAHIM K., ZIROUT A., AIT MESBAH H., AIT KHALED N.

La valeur des symptômes dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

20. LARBAOUI D.

Comment entreprendre et surveiller le traitement d'un tuberculeux pulmonaire jusqu'à sa guérison.

in " Acquisitions récentes sur la tuberculose en Algérie ". Ed. SNED, Alger 1971.

21. MONCHICOURT D.

Stratégie anti-tuberculeuse adoptée par les pays en voie de développement. Ses conséquences sur les pays développés.

Thèse, Paris 1971.

22. OMS. Comité OMS d'experts de la tuberculose. 8ème rapport.

Série Rapport Technique, 1964 - 290.

23. ORIOL P.

Le traitement des tuberculoses au dispensaire d'El Harrach.

Le Journal de Médecine du Maroc,

Octobre 1972, 8, n° 10.

24. OUSSEDIK N., ABDERRAHIM K., CHAULET P.

L'évaluation de la lutte contre la tuberculose dans un secteur urbain et rural en Algérie.

Communication à la XXII^e Conférence Internationale de la Tuberculose, Tokyo, 24 - 28 Septembre 1973.

25. OUSSEDIK N., CARON M., LOUCIF M.S., HANNACHI R.

L'évaluation de l'activité thérapeutique anti-tuberculeuse dans un dispensaire spécialisé d'Alger.

Société Algérienne de Pneumo-Phtisiologie,
17 Décembre 1972.

26. ROUILLON A.

Comment motiver les malades à entreprendre et à poursuivre leur traitement.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose, vol. XLII Août 1969.

27. SANGARE S.

Priorité dans un programme moderne de lutte contre la tuberculose dans les pays d'Afrique.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose, vol. XLIII June 1970.

28. SCHAFFNER M., RAZAFINDRAHABA.

Les besoins en personnel dans les pays en voie de développement où la lutte contre la tuberculose s'inscrit plus sur le plan Santé Publique que sur le plan clinique.

Bulletin de l'Union Internationale Contre la Tuberculose, vol. XLIII June 1970.

29. SEMMAR M.

Contribution à la recherche d'indices simples d'évaluation du fonctionnement d'une unité de lutte anti-tuberculeuse.

Thèse, Alger 1972.

30. Enquête " Chimiothérapie 70 " (Diagnostic et traitement des tuberculeux dans la région d'Alger). Premier Bilan sur la lutte anti-tuberculeuse à Alger.

(Document ronéotypé).

31. Le Fonctionnement des dispensaires anti-tuberculeux. Clinique de Pneumo-Phthisiologie " A ". Novembre 1971.

(Document ronéotypé).

32. Le Programme national de lutte anti-tuberculeuse en Algérie. Décembre 1972.

(Document ronéotypé).

33. Recommandations sur le Diagnostic et le Traitement de la Tuberculose
Pulmonaire en Algérie.

Commission Nationale Consultative de Phthisiologie.

Alger, Avril 1966.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
A - LE FONCTIONNEMENT DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX AVANT LEUR REORGANISATION.	4
B - LA SECTORISATION GEOGRAPHIQUE DE LA LUTTE ANTI- TUBERCULEUSE.	6
CHAPITRE II	
A - LES BILANS DE FONCTIONNEMENT EN 1969 - 1970.	10
B - LES BILANS DE FONCTIONNEMENT EN 1972.	21
C - COMPARAISON GLOBALE ET PAR DISPENSAIRE DES BILANS 1970 - 1972.	36
CHAPITRE III	
A - LA REORGANISATION DES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX EN 1971 - 1972.	47
B - L'EVALUATION DE LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE.	55
COMMENTAIRE	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	71

